

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, ювілеї

УДК 616.12-008.331.1-06:616.89-008.46-02

## РОЛЬ ЧИННИКІВ РИЗИКУ У РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

©О. С. Пелешко<sup>1</sup>, В. А. Скибчик<sup>2</sup>Червоноградська центральна міська лікарня<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>2</sup>

**Вступ.** Немає сумнівів, що деменція є актуальною медичною та соціальною проблемою. Щорічно реєструється близько 10 мільйонів нових випадків захворювання. Прогнозується, що загальне число хворих на деменцією складе близько 82 мільйонів в 2030 році і зросте майже вдвічі до 2050 року. Появі деменції завжди передують когнітивні порушення. Так, через рік у 5–15 % пацієнтів з помірними когнітивними розладами виникне деменція (для порівняння – в загальній популяції вірогідність її розвитку складає 1–5 %).

Також відомо, що найважливішим фактором ризику розвитку когнітивних порушень є артеріальна гіпертензія (АГ). Взаємозв'язок між високим артеріальним тиском (АТ) і розладами когнітивних функцій у літніх пацієнтів встановлений у великих епідеміологічних дослідженнях: Framingham, EVA, Gothenburg, Honolulu-Asia Aging Study – наявність артеріальної гіпертензії в середньому віці асоційована з підвищеним ризиком розвитку порушень пам'яті в літньому і старечому віці. Субклінічні ураження головного мозку відмічаються в 44 % хворих, що приблизно вдвічі перевищує поширеність ураження серця і нирок.

**Мета роботи** – проаналізувати стан когнітивних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію та оцінити роль чинників ризику у їх виникненні.

**Матеріал і методи дослідження.** Ми обстежили 22 хворих віком до 60 років (середній вік становив (51,1±7,3) року) з гіпертонічною хворо-

бою (ГХ) I–III стадій. До контрольної групи увійшли 10 практично здорових осіб відповідного віку з нормальним рівнем АТ.

Усім хворим проведено клініко-анамнестичне обстеження, лабораторні (рівень холестерину, глюкози крові, креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації, електролітів крові) та інструментальні методи дослідження (добове моніторування артеріального тиску, електрокардіографію, ультразвукове обстеження серця). Для об'єктивізації когнітивних порушень використовували нейропсихологічне тестування: коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination – MMSE), оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG), таблиці Шульте.

Отримані результати обробляли за допомогою програми "STATISTIKA FOR WINDOWS 5,5". Для порівняння параметричних характеристик застосовували критерій Манна-Уїтні.

**Результати й обговорення.** Основними скаргами серед пацієнтів були: головний біль, запаморочення, поганий сон, порушення пам'яті та уваги, швидка втомлюваність при розумовій праці.

Аналіз результатів за нейропсихологічними шкалами показав достовірне погіршення когнітивного статусу у хворих основної групи, тоді як у контрольній групі когнітивних розладів не зафіксовано в жодного з пацієнтів (табл. 1). Такі показники відповідають легким та помірним когнітивним порушенням.

Таблиця 1. Оцінка когнітивних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію

Шкали	Основна група (n=22)			Контрольна група (n=10)		
	Mean	Median	Std. Dev.	Mean	Median	Std. Dev.
MMSE	26,6*	27,0*	1,8	28,9	29,0	1,0
GPCOG	6,9*	7,0*	1,4	8,3	8,0	0,7
Проба Шульте	52,3	49,6*	10,7	33,4	32,7	4,2

Примітка. \* – зміни вірогідні порівняно з контрольною групою,  $p < 0,05$ .

Встановлено, що стадія ГХ має суттєвий вплив на погіршення когнітивного статусу. Так, у хворих з ГХ III ст. (n=7) результати тестування були вірогідно гірші, ніж у хворих з ГХ I та II ст. (n=15) (MMSE – (25,2±1,9), GPCOG – (6,4±1,7),  $p < 0,05$ ). Швидкість виконання завдань за таблицями Шульте суттєво не відрізнялася у хворих з різними стадіями АГ і у всіх групах перевищувала показники норми.

Важливо відмітити значне погіршення когнітивних функцій у осіб з АГ та підвищеним рівнем загального холестерину (n=14) (ЗХС > 5 ммоль/л). Результати таких пацієнтів були вірогідно гіршими, ніж у хворих з АГ та нормальним рівнем ЗХС (n=8) – MMSE – (26,1±1,8) та (27,5±1,4) відповідно, GPCOG – (6,4±1,3) та (7,9±1,1) відповідно ( $p < 0,05$ ). Для виконання завдань за таблицями Шульте та-

*Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, ювілеї*

ким пацієнтам знадобилося в середньому на  $(12,1 \pm 1,5)$  секунд більше.

Водночас слід відзначити, що вказані зміни були більш вираженими у пацієнтів чоловічої статі. Зокрема, у хворих на АГ жіночої статі ( $n=8$ ) середній показник швидкості виконання завдань за таблицями Шульте становив  $(54,1 \pm 10,7)$ , тоді як у чоловіків ( $n=14$ ) –  $(49,1 \pm 10,8)$  ( $p < 0,05$ ).

Важливим фактором ризику, що негативно впливає на функцію уваги та швидкість сенсомоторних реакцій, є куріння. Про це свідчать середні показники виконання проби Шульте –  $(56,9 \pm 11,0)$  у осіб з АГ, які курять ( $n=11$ ), порівняно з  $(47,7 \pm 8,5)$  у осіб з АГ, які не курять ( $n=11$ ),  $p < 0,05$ . Також слід

відмітити, що дещо гірші показники отримано і в осіб контрольної групи, які курили.

**Висновки.** 1. Наявність АГ ймовірно підвищує частоту розвитку легких та помірних когнітивних порушень у осіб середнього віку, частіше у чоловіків.

2. Чинниками, що сприяють розвитку когнітивних розладів у хворих на АГ, є стадія ГХ, стать пацієнта, гіперхолестеринемія, куріння.

3. Важлива своєчасна діагностика когнітивних порушень, а також раннє виявлення та корекція факторів ризику, що сприятиме покращенню когнітивного статусу та запобігатиме виникненню деменції.

Отримано 03.02.2018